

示談あつ旋申出書

受付 年度 第 号

申込 年 月 日

(公財)日弁連交通事故相談センター 支部殿

私は、下記の交通事故に関する示談あつ旋の申出をするにあたり、貴センターが示談あつ旋手続を迅速かつ適正に遂行するため、本書面及び私が貴センターへ提出する書類一式を示談あつ旋を担当する弁護士へ情報提供することを同意します。
また、本書面の記載事項及び示談あつ旋を担当する弁護士に伝える事項について、貴センターが国土交通省に対する示談あつ旋事業実績を報告するための資料として、必要な範囲で利用することを同意します。

事故年月日 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故発生場所

申立人	住所	〒	☎
	氏名		印 (歳・職業)
	当事者との関係	(被害者側 ・ 加害者側) 本人 ・ 親 ・ 子 ・ 他 ()	

被害者側	被 住所	〒	☎
	氏名		(歳・職業)
関係者	被 住所	〒	☎
	氏名		(歳・職業)

加害者側	加 住所	〒	☎
	氏名		(歳・職業)
関係者	加 住所	〒	☎
	氏名		(歳・職業)

任意保険	住所・ビル名	〒
	保険会社名	
	部署・担当者名	
	☎	

事故の概要	
申出の事情	
備考	

*自賠責保険(または自賠責共済)に加入することを義務づけられている車輛による「自動車」事故事案で、人損を伴い、事実認定に争いの無いこと